

ՍՐՏԻ ԶԱԽ ԲԱԺԻՆՆԵՐՈՒՄ ՊԱՏՎԱՍՏՎԱԾ ԳԵՂԱԶԵՎ ԱՐԶԵՍՏԱԿԱՆ
ՓԱԿԱՆՆԵՐԻ ԳԵՐԶԱՅՆԱՅԻՆ ԼՈԿԱՅԻԱՅԻ ՄԵԹՈՂԻ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ա մ փ ն փ ն ի մ

Ցույց է տրված արհեստական փականի լոկացիայի նպատակահարմարությունը ոչ միայն ներկայում, այլև կարճ առանցքի ուղղությամբ: Տարբեր զոնաների լոկացիաների զուգակցված օգտագործումը և գերձայնային տվյալի դիրքը հնարավորություն են տալիս մանրազնին վերլուծել արհեստական փականի ֆունկցիան և կառուցվածքը՝ արձագանքասրտագրական 22 ցուցանիշներով:

I. P. Markhasina

The Peculiarities of the Methods of Ultrasonic Location of the
Artificial Ball-type Valves, Implanted in the Left Sections
of the Heart

S u m m a r y

It is shown the expediency of the artificial valves' location by a long, as well as short axis. The combined application of different zones of location and states of ultrasonic data units allows to carry out a thorough analysis of the structure and function of the valve according to 22 echocardiographic parameters.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Johnson M. L., Patton B. C., Holmes J. H. Circulation, 1970, 41, 42, suppl. 11, 3—9.
2. Kasper W., Treese N., Kagenovk V. et al. Int. J. Cardiol., 1983, 3, 2, 191—202.
3. Mintz G. S., Carlson E. B., Kotler M. N. Am. J. Cardiol., 1982, 49, 1, 39—44.
4. Nanda N. C., Gramiak R., Shah P. M. et al. Circulation, 1973, 48, 6, 1208—1214.

УДК 616.125.6—007.253—089.168—073.432.19

Е. Ф. ЛУКУШКИНА, О. М. ДМИТРИЕВА, И. К. ОХОТИН

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ У БОЛЬНЫХ ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО

Тетрада Фалло (ТФ)—один из наиболее распространенных врожденных пороков сердца, протекающих с цианозом. Разнообразие анатомических форм ТФ создает определенные трудности в клинической диагностике порока. В последние годы точность неинвазивной диагностики порока существенно повысилась при использовании одномерной и двумерной эхокардиографии [1, 4—10].

Целью настоящей работы явилось изучение эхокардиографических показателей и функции левого желудочка у больных ТФ, которые до настоящего времени при этом пороке изучены недостаточно, что имеет определенное значение при выборе метода коррекции порока.

Материал и методы. Проведено эхокардиографическое обследование 52 больных ТФ в возрасте от 1 г. 11 мес. до 13 лет (средний возраст $5,6 \pm 0,9$ лет). В работе использовались аппараты «Toshiba»-SSH40A и УЗКАР. Размеры полостей сердца и основания аорты измерялись по стандартной методике. Для исключения влияния возрастного фактора размеры основания аорты (Ао), левого предсердия (ЛП) и левого желудочка в диастолу (ДРЛЖ) выражались в процентах отношения фактических размеров к должным. Должные размеры определялись по номограммам, построенным на зависимости эхокардиометрических параметров от массы и длины тела [2]. Рассчитывались конечный диастолический (КДО), конечный систолический (КСО) объемы левого желудочка по формуле Teichholtz с соавт. (1972), а также ударный объем (УО) и фракция изгнания (ФИ).

Все обследованные больные разделены на 3 группы (тяжелая, средне-тяжелая и бледная форма) в соответствии с классификацией, предложенной Л. Н. Сидаренко с соавт. (1980). В I группу вошли 20 больных с тяжелой формой порока, во II—28 больных со средне-тяжелой формой, 4 больных с бледной формой составили III группу.

Результаты и их обсуждение. При эхокардиографическом обследовании больных были выявлены основные диагностические признаки порока: перерыв эхосигнала между передней стенкой аорты и межжелудочковой перегородкой на некотором протяжении (рис. 1).

Существенную диагностическую ценность имел анализ эхокардиографических показателей (табл. 1). Размер Ао оказался увеличенным в среднем на $34 \pm 1,05\%$ в сравнении с нормой. Отмечалось увеличение размера правого желудочка. Значительно ниже нормы были ДРЛЖ, ЛП. Отмечено также снижение КДО, КСО, УО, в то время как фракция изгнания практически не отличалась от возрастной нормы. Характерные эхокардиометрические признаки порока наблюдались у больных всех 3 групп, в том числе и при отсутствии цианоза.

Таблица II

Эхокардиографические показатели больных ($M \pm m$)

Показатели ЭхоКГ	Все больные	I группа	II группа
Ао, мм	$23,98 \pm 0,51$	$23,7 \pm 1,52$	$22,96 \pm 5,99$
Ао, %	$124,0 \pm 1,01$	$146,5 \pm 5,55$	$125,96 \pm 2,96^{***}$
ЛП, мм	$17,0 \pm 0,40$	$16,65 \pm 4,77$	$16,79 \pm 4,79$
ЛП, %	$87,3 \pm 1,84$	$88,05 \pm 2,29$	$83,29 \pm 4,34$
ПЖ, мм	$13,5 \pm 0,21$	$13,5 \pm 0,86$	$13,42 \pm 0,85$
ДРЛЖ, мм	$26,06 \pm 0,21$	$24,78 \pm 1,21$	$26,96 \pm 0,78$
ДРЛЖ, %	$80,0 \pm 2,07$	$79,22 \pm 3,42$	$76,69 \pm 4,04$
СРЛЖ, мм	$18,9 \pm 0,16$	$17,61 \pm 0,95$	$19,35 \pm 0,56$
КДО, мл	$27,3 \pm 1,45$	$22,77 \pm 2,75$	$29,65 \pm 1,72^{**}$
КСО, мл	$13,72 \pm 0,81$	$11,02 \pm 1,57$	$12,51 \pm 0,86$
УО, мл	$13,3 \pm 0,76$	$12,36 \pm 1,40$	$17,66 \pm 1,11^{**}$
ФИ	$0,57 \pm 0,01$	$0,57 \pm 0,03$	$0,58 \pm 0,019$

Примечание. ***—0,001, **—0,01.

Функциональные показатели левого желудочка характеризовались снижением КДО, КСО, УО, в то время как ФИ существенно не отличалась от нормы.

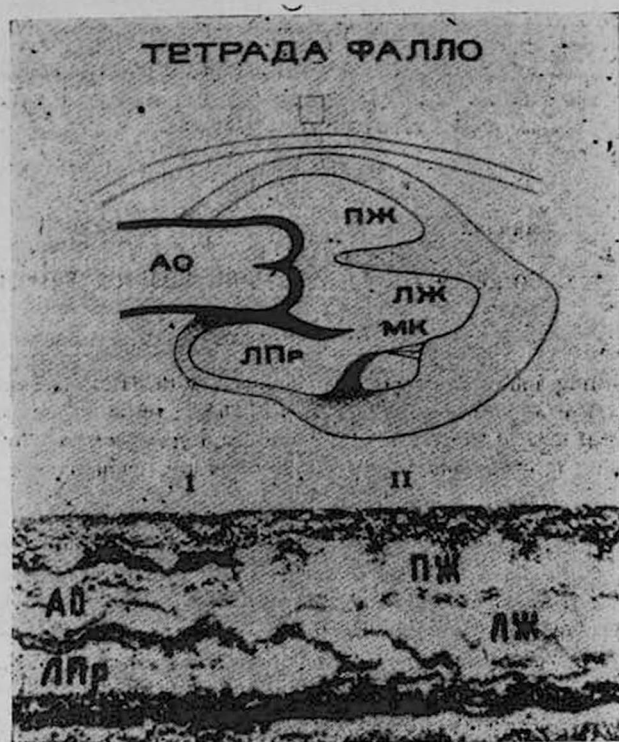


Рис. 1. Схема анатомических нарушений и эхокардиограмма больного тетрадой Фалло.

Полученные результаты согласуются с литературными данными. Признаки гипоплазии левого желудочка и снижение его функции у больных были выявлены при ангиокардиографическом исследовании *Jarmakani et al.* (1972). По мнению *Assad-Morell et al* (1976) небольшой размер левого предсердия при ТФ свидетельствует об уменьшенном легочном кровотоке.

При сравнении эхокардиографических показателей больных с различной степенью тяжести порока было отмечено, что эхокардиометрия позволяет дифференцировать тяжелые и средне-тяжелые формы порока. Для больных тяжелой формой порока характерна большая степень дилатации основания аорты и более выраженное снижение ударного объема и КДО левого желудочка.

Горьковский медицинский институт

Поступила 15/III 1987 г.

Ե. Ֆ. ԼՈՒԿՈՒՇԿԻՆԱ, Օ. Մ. ԴՄԻՏՐԻԵՎԱ, Ի. Կ. ՕԽՈՏԻՆ

ԱՐՁԱԳԱՆՔԱՍՐՏԱԶԱՓՈՒԹՅՈՒՆԸ ՅԱԼԼՈՅԻ
ՏԵՏՐԱԴԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա մ փ ո փ ո ւ մ

Կատարված է արձագանքատրաշափական հետազոտություն Ֆալլոյի տետրադայով 1 տա-
րի 11 ամսականից մինչև 13 տարեկան հիվանդների մոտ: Հայտնաբերված է աորտայի հիմքի,
աշ փորոքի խոռոչի ներքին շափսի մեծացում, ձախ նախասրտի և ձախ փորոքի խոռոչների
շափսերի փոքրացում:

Ye. F. Lukushkina, O. M. Dmitriyeva, I. K. Okhotin

Echocardiometry in Patients with Fallot's Tetrad

S u m m a r y

The echocardiographic investigation of patients with Fallot's tetrad from 1—11 months to 13 years of age has been carried out. The increase of the size of aorta's base and of internal size of the right ventricular cavity, as well as the decrease of the sizes of the left auricular and ventricular cavities are found out.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Зарецкий В. В., Бобков В. В., Ольбинская Л. И. Клиническая эхокардиография. М., 1979, 175—183.
2. Кузмичев Ю. Г., Лукушкина Е. Ф., Сафронов В. В. и др. Вопросы охраны материнства и детства. М., 1986, 12, 24—28.
3. Сидоренко Л. Н. с соавт. Грудная хирургия, 1980, 1, 25—33.
4. Assad-Morell J. L., Seward J. B., Tajik A. J. et al. Circulation, 1976, 53, 4, 663—673.
5. Chung K. J., Nanda N. C., Ritter D. C. et al. Am. J. Cardiol., 1973, 31, 126.
6. Godman M. J., Thām P., Kidd L. Br. Heart J., 1974, 36, 154—166.
7. Jarmakani J. M. M., Graham T. P., Canent R. V., Jeurett P. H. Circulation, 1972, 46, 3, 478—490.
8. Morris D. C., Felner J. M., Schlant R. C., Franch R. H. Am. J. Cardiol., 1975, 36, 7, 908—913.
9. Oguni H., Satomi J., Yamada Y. et al. J. Cardiology 1983, 13, 3, 649—659.
10. Tajik A. J., Gan G. P., Ritter D. G., Schattenberg T. Chest, 1973, 1, 107—108.

УДК 616.126.32—089.583.29

Е. Н. МЕШАЛКИН, Е. Н. ВАЛЫКА, Р. Г. КУЛЕШОВА,
М. П. КОРОТКОВА, С. Е. НАУМЕНКО

ОТКРЫТАЯ МИТРАЛЬНАЯ КОМИССУРОТОМИЯ В УСЛОВИЯХ
ОБЩЕЙ УМЕРЕННОЙ (30—28°C) ГИПОТЕРМИИ

Вопросы хирургического лечения осложненных форм митрального стеноза актуальны и требуют дальнейшего изучения. Многие хирурги в последнее время отказываются от выполнения закрытых митральных комиссуротомий и переходят к открытым, оперируя в условиях искус-